

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MORITZ AVRAMESCO

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Août 1905, à Tecuciu (Roumanie)

Quelques cas de Sinusite maxillaire guéris par la vaccinothérapie locale

Président de Thèse : M. le Professeur SÉBILEAU.

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR

13. Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931

ANNÉE 1931

THÈSE

N.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MORITZ AVRAMESCO

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Août 1905, à Tecuciu (Roumanie)

Quelques cas de Sinusite maxillaire guéris par la vaccinothérapie locale

Président de Thèse : M. le Professeur SÉBILEAU.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1931

1. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	BEZANÇON.
Clinique des maladies des enfants	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux ..	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologie	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEJARS.
Clinique thérapeutique médicale	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEGUEU.
Clinique pronédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	BRINDEAU.
Professeur sans chaire	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANIN ¹² .
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	N...
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLANES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN,
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHTER Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT....	
LAIGNEL-	}	PROUST.....	}
LAVASTINE		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	

MM.

LEVY-SOLAL.....	} Clinique obstétricale
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE JOSEPH

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino laryngologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de nore Thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

— *Stage* —

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD

— *Externat* —

MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT

MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY

Historique

Le premier auteur qui s'est occupé des affections des sinus, est Cooper, en 1697. Il fait la perforation de l'alvéole pour traiter un sinus.

Junkes et Drake le suivent dans cette voie et publient, en 1727, une observation à ce sujet.

Meibomius. Isingler, Vanussen suivent la même méthode. Ils arrachèrent une dent, perforèrent l'alvéole avec un poinçon pour permettre l'écoulement du pus contenu dans le sinus.

Saint-Yves (1722) fait une incision sous la paupière inférieure et aborde le sinus par cette voie. Mais le résultat est très inférieur.

Bordenave fit faire un grand pas à la pathologie et au traitement des affections sinusales.

Mais il se sert toujours de l'alvéole dentaire. D'après certains, c'est Allouel qui pratiqua le premier les injections médicamenteuses dans le sinus, par l'orifice naturel.

Jourdain publie à l'Académie de Médecine un rapport à ce sujet et de ce fait est considéré comme le promoteur de la méthode.

Dans sa thèse, en 1758 : *Dissertatio medico-chirurgica de morbis proccipuis sinuum ossis frontis et maxilla superioris et quibusdam mandibulae inferioris*, que Runge nous apprend qu'il pénètre dans le sinus en arrachant une canine et en pratiquant une incision de la gencive.

Jourdain rejette la perforation alvéolaire et préconise le traitement nasal.

Derault fait pour la première fois la perforation de la fosse canine.

Harwod, en 1799, s'occupe de la physiologie du sinus.

Le XIX^e siècle est très riche en recherche sur la pathologie des sinus. Le nombre des auteurs est considérable.

Bérard décrit le kyste muqueux.

Giraldès découvre l'orifice accessoire du sinus, qu'il trouve dix fois sur cent. Il l'attribue à un travail pathologique, théorie soutenue par Gosselin et Denonvilliers.

Malgaigne combat cette théorie.

En 1897, Luc fait connaître sa méthode qui consiste en une trépanation et un curettage par la fosse canine, suivis d'un drainage sinuso-nasal.

La plaie buccale est suturée et il ne reste que la communication sinuso-nasale.

En 1901, Claoué pratique la trépanation du sinus par le méat inférieur et établit une large communication entre sinus et nez.

Depuis, différentes modifications ont été apportées aux méthodes de Luc et Claoué par nombre d'auteurs.

Furet et Blanluet précisent la technique et les indications de la ponction, suivie des lavages diaméatiques.

Les substances employées pour ces lavages sont les substances antiseptiques : permanganate K, chlorure Zu, eau oxygénée, liqueur de Dakin, etc...

A la suite des travaux de Besredka, différents auteurs essayent de substituer aux substances antiseptiques et plus ou moins irritantes pour la muqueuse du sinus, des cultures de microbes tués ou des filtrats microbiens.

En ce moment, les moyens dont nous disposons pour le traitement local des sinusites maxillaires sont les suivants :

- 1° Inhalations, pommades ;
 - 2° Ponctions et lavages diaméatiques avec : sérum physiologique, substances antiseptiques ou filtrats microbiens ;
 - 3° Interventions chirurgicales.
-

Immunité Générale et Immunité Locale

De la plus haute antiquité, on avait observé, que certaines maladies conféraient l'immunité; que l'individu, une fois atteint, était à l'abri d'une nouvelle infection.

Certaines peuplades sauvages pratiquaient à leur insu la vaccination. Ainsi, les Maures de Sénégambie plongeaient la pointe de leurs poignards dans les poumons des animaux morts de péripneumonie, et piquaient ensuite avec le même poignard, la peau des bœufs sains. Les Chinois et les Siamois, pour se prémunir contre la variole déposaient les croûtes spécifiques dans leurs narines ou sur les éraflures de la peau.

Mais, la phase scientifique des recherches sur l'immunité commence avec Pasteur.

Pasteur attribue l'immunité à l'épuisement d'une substance qui sert de nutrition aux microbes. Le manque de cette substance empêche leur développement.

Pour Koch, c'est au pouvoir bactéricide des humeurs qu'est due l'immunité. Une substance inactive circulerait dans le sérum d'un être vacciné. Sous l'influence des cellules

endothéliales cette substance deviendrait active et capable de détruire les microbes.

Brdet démontre que les cellules endothéliales, ne sont pas indispensables par leur sécrétion. La lyse pouvait se produire *in vitro* par l'action combinée de la sensibilisation et de l'alexine.

Metchnikoff soutient que l'immunité résulte de la lutte des leucocytes contre les microbes.

L'expérience a été faite avec la bactéridie charbonneuse. Inoculée à un lapin vacciné, on trouve le lendemain un exsudat riche en leucocytes. Les bactéridies sont phagocytées et l'organisme sauvé.

Mais chez un lapin neuf, l'œdème gélatineux qu'on trouve le lendemain, est pauvre en leucocytes. Les bactéridies pullulent, et bientôt elles vont envahir l'organisme et le détruire.

Dans nos exemples, il y a une force, qui a attiré dans un cas et repoussé dans l'autre les leucocytes. Cette force est la chimiotaxie : positive dans le premier cas, négative dans l'autre.

La phagocytose est donc un phénomène subordonné à un facteur qui ne se trouve pas dans le sérum. Pour M. Besredka, ce facteur réside dans l'affinité de la bactéridie pour la peau.

Il existe dans les divers organes des animaux supérieurs, des cellules spécialisées, faisant office de phagocytes locaux.

Ces cellules n'entrent en réaction qu'avec un virus déterminé, contrairement aux leucocytes qui se jettent sur tout corps étranger : animé ou non.

Ces cellules constituent des appareils réceptifs, présidant à l'infection et à l'immunisation.

D'autre part, certains microbes ont une affinité toute spéciale pour certaines cellules de notre organisme, qui ne sont que les cellules réceptives.

Cette affinité se traduit par une interaction entre microbes et cellules, avec mise en liberté d'une troisième substance, produit de sécrétion ou de désagrégation des microbes. Quand cette substance est en quantité notable, les leucocytes sont repoussés. La chimiotaxie est dite négative et les microbes trouvent le terrain libre. Si cette substance n'est pas en quantité telle qu'elle puisse repousser les leucocytes, ces derniers se jettent sur les microbes et les phagocytes.

La virulence est une propriété qui n'est pas appréciée par les phagocytes, car ils ne pourraient distinguer un microbe virulent d'un autre non virulent, un microbe vivant d'un autre mort.

Il résulte que la chimiotaxie négative existe seule et elle est provoquée artificiellement.

Le vaccin, qui est une culture des microbes tués par différents procédés, ou une culture passée à travers une bougie filtre et dans laquelle on ne trouvera plus des corps microbiens, contiennent toutes les deux la substance de sécrétion

ou de désagrégation dont nous avons parlé plus haut et que M. Besredka appelle antivirüs.

Quand l'antivirüs en quantité à peine appréciable est porté au contact des cellules réceptives, une réaction très faible s'ensuit.

Le résultat est l'accoutumance des cellules à l'antivirüs avec perte de l'affinité de ces mêmes cellules pour le virus spécifique.

L'appareil réceptif, dont la sensibilité a été émoussée, mis en contact avec les microbes spécifiques ne produira plus une réaction violente; la substance résultante ne produira plus la chimiotaxie négative et les leucocytes pourront englober les microbes même vivants et virulents.

L'immunité pour certains microbes est sous l'influence de deux facteurs :

1° Phagocytes fixes constitués par les cellules réceptives de la peau ou de la couche réticulo-endothéliale;

2° Les phagocytes mobiles : les leucocytes.

Ce sont donc les cellules réceptives qui président au mouvement chimiotaxique des leucocytes, à la faveur de la substance mise en liberté.

De cette façon, les cellules réceptives avec le concours des leucocytes assurent l'immunité de l'organisme entier.

Immuniser les cellules spécifiquement réceptives, c'est les accoutumer aux virus, pour qu'elles ne réagissent plus en sa présence; en d'autres termes, c'est saturer leur affinité.

Dans ce cas, elles cessent momentanément d'être réceptives.

Dans cette sorte d'immunisation, les anticorps ne jouent aucun rôle. Les différents groupes de cellules sont susceptibles de s'infecter et de s'immuniser pour leur propre compte, sans que l'organisme entier y soit intéressé.

A la lumière de cette théorie, on peut comprendre comment une immunité anti-staphylococcique ou anti-streptococcique est possible sans qu'on puisse mettre en évidence les anticorps.

Et l'immunité n'a été possible que le jour où on a pu toucher la partie sensible, l'appareil réceptif.

Immunisation dans les affections à staphylocoques à streptocoques et à pneumocoques

On injecte sous la peau rasée du ventre d'un lapin un cc. d'une culture de staphylocoques. Vingt-quatre heures après, on voit apparaître un œdème assez étendu. Cette plaque d'œdème, d'abord rouge, devient ensuite noirâtre, indice de la nécrose, et s'élimine au milieu d'une réaction inflammatoire violente. La perte de substance qui s'ensuit mettra longtemps à se réparer.

Si vingt-quatre heures avant cette inoculation, le lapin avait reçu une injection sous-cutanée ou plutôt intradermique d'un vaccin anti-staphylococcique la réaction est plus limitée.

Chez un lapin, dont le ventre a été enveloppé des compresses imbibées d'un filtrat microbien staphylococcique, les dégâts produits par l'injection microbienne sont presque nuls. Il se produit un petit abcès sous-épidermique qui guérit très vite.

Si à la place d'un cent. cube d'une culture on avait injecté 2 cc., on aurait produit la mort du lapin non vacciné, en 2-10 jours.

Vacciné de la façon indiquée plus haut par les compresses ou par des injections intra-dermiques en nappe, non seulement que cette dose n'amène pas la mort du lapin, mais encore, la réaction est très faible.

On obtient donc des bons résultats dans les infections staphylococciques, dès qu'on touche la partie sensible : la peau. Et les résultats ont été plus nets quand on a eu recours aux compresses imbibées d'antivirus.

Qu'est-ce que c'est que l'antivirus ? Une culture de staphylocoques vieille de huit jours est passée à travers une bougie filtre. On obtient un liquide qui a l'aspect d'un bouillon ordinaire. Le staphylocoque réensemencé ne pousse plus ou ne donne plus de souche. Ce bouillon, qui injecté sous la peau n'est pas toxique, doit contenir un principe qui s'oppose au développement des staphylocoques.

D'autres microbes ensemencés poussent très bien. Dans la culture microbiennne, il existe deux substances : une substance adhérente aux corps microbiens, thermolabile (est détruite à 70° pendant une heure) qui est responsable des lésions, et une autre qui se détache facilement des corps microbiens, thermostable (résiste 30' à 120°) et qui a une affinité toute spéciale pour les cellules réceptives de la peau.

C'est cette substance que M. Besredka appelle antivirus. L'antivirus se trouve dans la culture filtrée et c'est lui qui a le rôle actif dans le processus de défense locale.

Pour les streptocoques et les pneumocoques, les expé-

riences et les résultats sont sensiblement calqués sur ceux des staphylocoques.

Comment agit la vaccinothérapie dans les lésions déjà existantes ?

Par la saturation de l'affinité pour le virus des cellules réceptives restées indemnes; une sorte de désensibilisation de ces cellules qui les rendraient inaptes à rentrer en réaction avec les microbes.

Les leucocytes n'étant pas repoussés par la substance réactionnelle à chimiotaxie négative, se jettent sur les microbes et les détruisent.

Bactériologie des sinusites

La bactériologie des sinusites est encore assez obscure. Si les recherches ont porté sur la flore microbienne qui est variée, le rôle pathogénique de chaque espèce n'a pas encore été établi d'une façon certaine.

E. Wirth, dans un nombre assez important d'examens trouve les résultats suivants :

Bacilles de l'influenza : 15 fois, dont une fois bacille de l'influenza + pneumocoques 3 et une fois bacille de l'influenza + pneumocoques 4.

Streptocoques hémolytiques : 14 fois, dont une fois streptocoque + pneumocoques 4.

Pneumobacilles de Friedländer : 5 fois, dont une fois pneumobacille + streptococcus viridans.

Pneumocoques quatre : 5 fois.

Pneumocoque un : 1 fois.

Staphylocoques aureus : 1 fois.

Diplocoques cressus : 2 fois.

Bacilles fusiformes : 3 fois, dont une fois bacille fusiforme + spirille et une fois bacille fusiforme + staphylocoque.

Bacilles gram négatif : 1 fois.

Il considère comme saprophytes les staphylos, les bacilles pseudo-diphtériques, bacilles de la famille proteus et les bacilles de la fluorescence.

Cleminson, chez les enfants trouve : pneumocoques, micrococcus catarrhalis, bacilles de l'influenza et bacilles micosus.

Stanculeanu et Baup ont trouvé rarement à l'état isolé, d'une part le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le bacille de Friedländer, le bactérium Coli et d'autre part divers anaérobies. Ces derniers seraient les agents d'infection des sinusites d'origine dentaire.

Worms et Delater trouvent :

9 fois streptocoques.

2 fois staphylocoques + diphtérimorphes.

5 fois pneumocoques + catarrhalis, pneumocoques + diphtérimorphes, pneumobacilles, streptobacilles Pfeiffer, staphylocoques.

Saint-Clair Thomson signale le micrococcus catarrhalis.

Rollet retrouve à peu près les mêmes microbes : streptos, staphylos, pneumos.

Jacques a retrouvé le bactérium coli dans les sécrétions fétides.

Pommerew a rencontré le bacille de Löffler.

D'après Ross Hall Skillern, quelle que soit la flore microbienne trouvée au début, après un certain temps, on trouve seulement des streptos et des staphylocoques.

Technique

La technique de la ponction ne diffère en rien de celle habituellement employée.

Après avoir appliqué un spéculum de Palmer, on insinue dans le méat inférieur un stylet muni à son bout d'un coton imbibé de la solution cocaïne 10 % ou butelline 10 %.

L'anesthésie est rapide et parfaite.

Le trocart employé est le trocart droit et fin de Lichwitz. Après avoir insinué le trocart sous la tête du cornet inférieur et assuré le contact avec la paroi externe du méat, on exerce une pression douce mais soutenue, tout en ayant soin de maintenir la tête du malade.

La paroi interne du sinus cède facilement. On entend un petit craquement et on a l'impression d'avoir vaincu une résistance. En ce moment, on est dans le sinus. Pour s'en assurer, on retire le mandrin et on imprime au trocart un mouvement de va-et-vient. Dans sa course en avant, le trocart rencontre la résistance osseuse de la paroi externe : on est bien dans le sinus.

A ce moment, on voit parfois une goutte de pus sourdre à l'orifice du trocart.

On adapte l'ambout de l'énéma et on fait passer à travers le sinus une solution tiède de sérum physiologique.

Il ne faut jamais employer une substance antiseptique ni anesthésique.

Le liquide de lavage revient trouble. Des grumeaux de pus tombent au fond du vase. On continue le lavage jusqu'à ce que le liquide revient clair.

On assèche le sinus, en chassant l'eau par plusieurs coups d'énéma à sec et on injecte 5 cc. de vaccin.

Le vaccin employé contenait :

Streptocoques	}	âa un milliard.
B Pyocyanique		
Pneumocoques	}	âa 500 millions.
Staphylocoques		

par cm³ de bouillon libéré de ses corps microbiens.

Les ponctions sont faites en raison de 2-3 par semaine.

Après 3-4 injections, on observe déjà une amélioration dans les cas qui vont céder à cette sorte de traitement.

Les douleurs deviennent moins pénibles. La cocosmie disparaît et l'écoulement purulent s'atténue.

Le liquide de lavage trouble au début, s'éclaircit très vite.

Si dans les cas de sinusite récente, l'amélioration et la guérison sont très rapides, il existe certaines sinusites qui sont plus rebelles au traitement, mais qui s'améliorent néanmoins, après un plus grand nombre de lavages.

Observations

OBSERVATION I (D^r GÉLY)

M. Y..., 32 ans, atteint de sinusite maxillaire grippale depuis juin 1928, a été examiné en province. La cure radicale lui a été conseillé.

Consulte à Saint-Antoine, le 11 septembre 1928. La première ponction pratiquée ce jour donne du pus liquide, ramené par un lavage à l'eau bouillie tiède. Le lavage est suivi de l'injection dans le sinus de bouillon-vaccin polyvalent.

Trois jours après, le malade est revu. Il accuse un mieux très net. Le lavage met en évidence la présence de pus liquide dans le sinus.

N'ayant pas de bouillon-vaccin à ma disposition ce jour-là, je pratique une injection de chlorure de ZN à 1/100.

A la consultation suivante, le malade se plaint d'une supuration aussi abondante qu'avant la première ponction. Le lavage du sinus est suivi de l'injection de bouillon-vaccin polyvalent.

La quatrième ponction, pratiquée le 22 septembre, met en évidence la présence d'un bouchon de muco-pus brunâtre dans le sinus.

Après le lavage, injection du bouillon-vaccin dans le sinus.

Le 27 septembre, le malade accuse une disparition presque complète de tout jetage. Ponction et lavage qui ramène un bouchon de muco-pus brunâtre.

La guérison peut être escomptée.

Le malade est renvoyé à un mois. Revu fin octobre, il est guéri depuis la fin de septembre.

La diaphanoscopie permet de constater le retour complet à la transparence du sinus anciennement infecté.

OBSERVATION II (D^r GÉLY)

Mme X..., 28^e ans, vue le 20 septembre 1928, est atteinte de sinusite maxillaire droite depuis un mois environ. Sinus obscur à la diaphanoscopie. Le lavage du sinus met en évidence la présence de pus et de muco-pus dans le sinus. Injection intra-sinusal du bouillon-vaccin.

Deux jours après, le lavage fait sortir du sinus un bouchon de muco-pus brunâtre. La malade dit d'ailleurs qu'elle ne mouche pour ainsi plus.

Trois jours après, un dernier lavage ramène un tout petit bouchon de muco-pus brunâtre.

La sinusite est guérie.

OBSERVATION III (*Personnelle*)

M. A..., âgé de 25 ans, vient consulter pour des douleurs névralgiques au niveau de la joue gauche avec irradiation vers l'œil et l'oreille gauches. Les douleurs plus sourdes pendant la journée, deviennent d'une intensité exceptionnelle pendant la nuit et empêchent tout sommeil.

Il présente en même temps un écoulement nasal fétide.

Ces troubles datent de trois jours et sont survenus à la suite d'une grippe.

A l'examen : Pus dans le méat moyen avec sinus maxillaire gauche s'éclairant moins bien que le droit.

Un lavage du sinus maxillaire ramène du pus. On injecte 5 cc. de vaccin, et on conseille au malade des pulvérisations intranasales de vaccin.

Revu trois jours après, tous les symptômes ont disparu et le sinus reprend sa luminosité normale.

OBSERVATION IV (*Personnelle*)

M. M..., 44 ans, ancien officier russe, présente un écoulement nasal purulent gauche depuis dix jours.

En même temps, il souffre atrocement de toute la partie gauche de sa face et de sa tête.

Malgré les inhalations, les douleurs sont de plus en plus insupportables. L'aspirine le calme pour un quart d'heure : puis les douleurs reprennent.

Le 6 septembre : Le sinus maxillaire gauche paraissant plus sombre que le droit, je fais une ponction avec lavage. Le liquide revient trouble avec des grumeaux purulents. On injecte 5 cm³ de vaccin. La nuit suivante, il peut dormir, mais le lendemain il souffre encore pendant 3 heures. Les douleurs sont moins pénibles et se calment avec l'aspirine.

Le 8 septembre : Un nouveau lavage avec injection de vaccin.

Le 10 septembre : A souffert un peu dans la journée d'hier, continue à moucher jaune épais. Nouveau lavage avec vaccin.

Le 13 septembre : Ne souffre plus, mouche moins. Le liquide de lavage revient presque clair. Vaccin.

Le 15 septembre : Ponction, liquide clair. Guérison. Revu deux semaines après, la guérison se maintient.

OBSERVATION V

M. B..., âgé de 58 ans, chauffeur, présente un écoulement purulent droit depuis cinq ans.

Il n'a jamais souffert, mais il est gêné par la quantité énorme de pus qu'il mouche.

A vu maints médecins. On lui a conseillé la cure radicale, mais il la refuse constamment.

Par l'éclairage des sinus, on constate que le sinus maxillaire droit est franchement opaque et que le sinus frontal droit s'éclaire moins bien que le gauche.

28 septembre 1929 : Une première ponction du sinus maxillaire avec lavage ramène un liquide trouble avec des grumeaux de pus qui tombent au fond du vase. Donc, sinusite maxillaire droite avec atteinte probable du sinus frontal.

Je fais au malade quatre ponctions avec lavage au permanganate K ou à la liqueur de Dakin. Aucune amélioration.

Le malade docile consent à continuer le traitement ; mais cette fois j'emploie un filtrat microbien.

Les ponctions sont faites trois fois par semaine. Dès la 3^e ponction, le malade accuse une amélioration. Il mouche moins et les mucosités sont plus fluides.

Le liquide de lavage revient encore trouble, mais il n'existe plus des grumeaux de pus.

Je continue les lavages pendant un mois en raison de deux par semaine. L'amélioration est remarquable. Le malade ne mouche presque plus. On espace les lavages : un par semaine.

Au bout d'un autre mois, la guérison est complète.

Je revois le malade trois mois après. La guérison persiste, le malade ne se plaint plus d'aucun trouble.

OBSERVATION VI

M. F..., 28 ans, ouvrier boulanger, souffre depuis un an des douleurs au niveau de son sinus maxillaire droit. Les douleurs sont sourdes, mais présentent des exacerbations à l'occasion des rhumes de cerveau dont il est très sujet.

En plus, il mouche du pus, et son odorat très diminué, disparaît complètement par moment.

A eu des ponctions de son sinus, mais sans résultat.

Quand je le vois, pour la première fois, je le persuade d'essayer encore la vaccinothérapie.

Après trois ponctions avec lavage et injection de vaccin, l'amélioration est nette.

Ne souffre plus et mouche moins.

On continue les ponctions deux fois par semaine.

Le pus, d'abord fétide et épais, perd sa fétidité et devient fluide.

Trois semaines après le début du traitement, le malade est guéri. Le liquide de lavage est clair, et l'odorat revient après dix jours.

Conclusions

La vaccinothérapie locale offre au rhinologiste un nouveau moyen de traitement des sinusites maxillaires.

C'est un moyen efficace, qui donne des bons résultats, quand les indications thérapeutiques ont été bien posées.

Les sinusites maxillaires aiguës, avec leur symptomatologie bruyante et pénible : douleurs qui peuvent devenir très intenses, écoulement abondant de muco-pus, ont la tendance à guérir, soit spontanément, soit aidées par les inhalations. Mais il y a aussi certaines sinusites qui ont une tendance à la chronicité.

C'est dans les sinusites aiguës que la vaccinothérapie locale donne des résultats remarquables.

Les douleurs cessent souvent, après la première injection de bouillon-vaccin. L'écoulement se tarit très vite.

Les sinusites maxillaires chroniques doivent être divisées en deux catégories en ce qui concerne le résultat du traitement vaccinothérapique :

1° Sinusites compliquées des lésions profondes de la muqueuse (fongosités, polypes) ou de lésions osseuses (foyers d'ostéite) ;

2° Sinusites simples dans lesquelles on ne rencontre pas les lésions citées plus haut.

Dans le premier cas, les résultats sont nuls, et c'est à la cure radicale qu'il faudra faire appel. Dans le deuxième cas, les résultats seront favorables.

Quand après quatre-cinq ponctions suivies de lavages avec injection de bouillon-vaccin, on ne constate aucune amélioration, le mieux est de renoncer à cette méthode et recourir à la cure radicale.

Mais, quand à la suite de quelques injections, une amélioration se fait sentir, le rôle du médecin n'est pas terminé et la guérison n'est souvent obtenue qu'après quelques semaines de traitement.

Cela s'applique surtout aux sinusites chroniques. Dans les sinusites aiguës, les résultats sont rapides et même après la première injection de vaccin.

Il n'existe aucune contre-indication à ce traitement, sauf les lésions muqueuses ou osseuses sus-citées.

En cas de rhinite aiguë, on peut employer les pulvérisations intra-nasales dans un but prophylactique : prévenir l'éclosion d'une sinusite et en même temps guérir la rhinite.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

P. SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- AVERILL. — Clinical observation in local immunisation, Northwest Md 26.
- BOSS. — De la vaccinothérapie au moyen des pansements, d'origine microbienne (*C. R. Biol.*, 30 juin 1923).
- BESREDKA. — Immunité générale par immunisation locale (*Bull.* 1, P. 30 juin 1922).
- BESREDKA. — De la vaccination locale (*Paris Médical*, 2 décembre 1922).
- BESREDKA. — Etude sur l'immunité locale. Staphylocoques, cutivaccination et cuti-immunité. *C. R. Biol.*, 19 Mai 1923.
- BESREDKA. — Etude sur l'immunité locale. Le pansement staphylocoque. *C. R. Biol.*, 2 juin 1923.
- BESREDKA. — Quelques considérations sur le mécanisme de l'immunité locale (*Soc. Biol.*, 8 décembre 1923).
- BESREDKA. — De l'immunité locale (*Bull. I. P.*, 31 mars mars 1924; 15 avril 1924).
- BESREDKA. — Rôle de la peau dans l'immunité naturelle au cours des infections et dans l'immunité acquise. *Bull. I. P.*, Paris, 1925.

BESREDKA et URBAIN. — Etude sur l'immunité locale, les pansements anti-streptococciques. Soc. Biol., 21 juillet 1923.

BROCQ-ROUSSEAU, FORGEOT et URBAIN. — Vaccination contre le streptocoque par la voie cutanée. *C. R. Biol.*, juin 1923.

CANE. — Sur les rapports des sinusites péri-nasales avec les maladies de la première et deuxième enfance.

CLEMINSON. — Sinusites nasales chez les enfants.

DELATER et REVERCHON. — De l'auto-vaccination en otorhino-laryngologie (*Congrès O. R. I.*, août 1922).

GAY. — Immunité locale streptococcique.

GÉLY. — Traitement des sinusites maxillaires par la vaccinothérapie locale.

GORÈS-CARLOS. — Cinq cas de sinusités purulentes frontales et maxillaires soignées par les vaccins.

HARKNESS. — Quelques remarques sur le traitement des sinusites dans la clientèle privée.

HAYS. — L'application locale de vaccin dans le traitement de la sinusite subaiguë et chronique.

HAYS. — Immunisation en O. R. L. par vaccination locale. *Méd. Journ. and Rec.*, 18 Février 1925.

O. HIRSCH. — La sinusite catarrhale.

JACQUES. — Essai de traitement vaccinothérapique de l'ozène (*Ann. des mal. d'oreilles*, 1924).

JINDRA. — Vaccinothérapie en O. R. L. (II^e Congrès de la Soc. tchécoslovaque O. R. L., Prague, mai 1923).

E. KING. — Le diagnostic de la sinusite nasale.

LAUTENSCHLAGER. — La rhinite atrophiante et le sinus.

MERCER. — Le traitement de la sinusite maxillaire par simple drainage à travers un tube.

MITHOFER. — L'inflammation latente du sinus maxillaire.

E. WIRTH. — Bakteriologische Befunde beim Nebenhöhlenentzündungen.

— — —

